

〈原著〉

# 脳卒中患者における回復期リハビリテーション病棟から シームレスな在宅復帰を実現するために — 理学療法士の役割について —

難 波 志 帆（北海道科学大学 保健医療学部 理学療法学科）

橋 本 伸 也（藤女子大学 人間生活学部 人間生活学科）

多くの脳卒中患者は急性期病院での治療後、回復期リハビリテーション病棟で積極的なリハビリテーションを実施する。個々の自宅環境や生活背景を十分考慮しながらリハビリテーションをすすめ、日常生活動作向上、在宅復帰を図る。しかし、回復期セラピストが退院後に介入することはなく関係は途切れ、実際の在宅生活がどのように経過しているのか、患者・家族の情報を把握するシステムはない。そこで、回復期病棟における研究報告から現状について調査し、対策を考察することを目的に文献調査を行った。

回復期における研究報告としては、診療報酬で示されている日常生活動作能力や在宅復帰に関する報告が多かった。また、生活期における研究も多数あったが、回復期から生活期にかけて縦断的な報告は少なかった。その主な原因は、医療保険から介護保険への移行が大きいと考えられた。しかし、現行制度下においても、回復期・生活期の病期を越えて連携・介入することで、患者のシームレスな在宅復帰が可能になり、回復期セラピストにとっては退院後の生活を知る機会となる。回復期病棟でのリハビリテーションの成果は在宅生活で発揮されてこそ評価されるが、その結果を把握することは回復期リハビリテーションの質の担保に活かされると考える。

**キーワード：**脳卒中、リハビリテーション、回復期、シームレス

## 1. 緒言

脳卒中とは、脳梗塞・脳出血・くも膜下出血・一過性脳虚血発作の総称で、意識障害や運動障害、視覚を始めとした感覚にも障害が出る病気のことである。脳梗塞・脳出血いずれかの脳卒中に倒れた場合、20%が死亡、20%は目立った後遺症もなく回復し、残りの60%は症状の軽重はあるものの何らかの後遺症が残るとされている。

厚生労働省がH18年に行った在宅の18歳以上を対象とした身体障害者実態調査では、身体障害者の原因を疾患別にみると、心臓疾患10.1%につづき、脳血管障害7.8%と割合が高かった<sup>a)</sup>。H22年度国民生活基礎調査の概況によると、要介護者等の介護が必要となった主な原因として、脳血管疾患（脳卒中）が21.5%、認知症が15.3%、高齢者による衰弱が13.7%、関節疾患が10.9%、骨折・転倒が10.2%となっている。

要介護3以上では3割が脳卒中である<sup>b)</sup>。死因としてはH24年に癌、心疾患、肺炎に次いで第4位となっている<sup>c)</sup>。医学の進歩により死亡率は低下してきているが、その後の人生における生活の質（Quality of life；QOL）という点から見れば、脳卒中は本人にとっても家族にとっても大変な脅威である。

脳卒中を発症すると、その後、急性期・回復期・生活期と大きく3つの病期に分けられる。急性期は治療が中心となり、生活期は自宅退院後や施設転院後などある程度安定した状態にある。そして回復期とは、H12年の診療報酬改定で回復期リハビリテーション病棟入院料が創設されたことにより始まる。日常生活動作（以下、ADL；Activities of daily living）が未自立で、集中的なリハビリテーションにより改善の可能性がある脳血管疾患や頭部外傷、脊髄損傷等に代表される疾患の場合、要介護度が高い状態のまま介護保険サービスに移行すれば膨大な介護量が必要となり、介

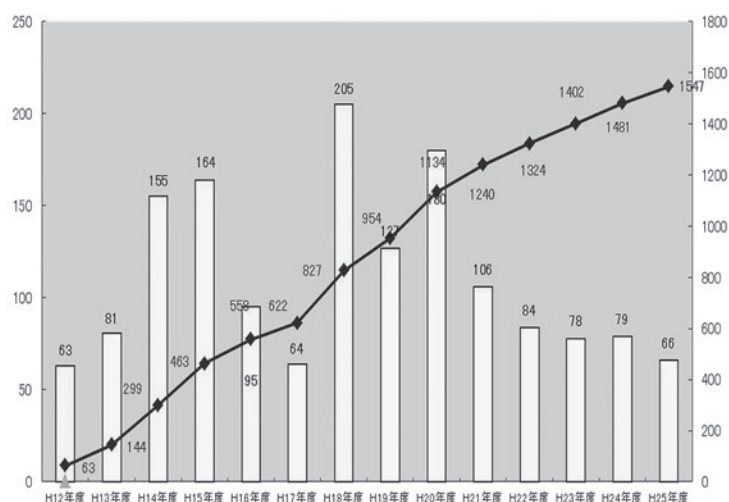


図1 病棟届出数及び累計 (2014年3月31日現在)

※各年度の届出数は、回復期病棟新規届出数から廃止数を引いた値を記載  
(出典：回復期リハビリテーション病棟協会、「データ資料集」)

護保険財源を圧迫する。よって、医療保険による急性期の入院サービスから介護保険によるサービスに移行する間に、要介護度を改善させる仕組みとして、回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期病棟）が新設された。以降、全国各地で多くの回復期病棟が設置・運営されている（図1）<sup>d)</sup>。

急性期・回復期・生活期いずれも、それぞれの病期の目的に応じてリハビリテーションが実施されることが多い。回復期病棟では、『脳血管疾患、脊髄損傷等や大腿骨、骨盤、脊椎等の骨折または手術後2ヶ月以内のもの、あるいは外科手術または肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有し、手術後または発症後2ヶ月以内のもの』を対象とし、「ADLの向上、寝たきり防止、家庭復帰」を目的にリハビリを提供している。

回復期病棟の質の評価として2年に1度の診療報酬改定では、様々な認可要件を設けている。直近のH26年度の改定の特徴は、質の評価としてストラクチャー指標（医師・社会福祉士の配置）とプロセス指標（リハビリテーション提供量、重症度・看護必要度についての改定、回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し）を導入したことである（図2）<sup>e)</sup>。

## 2. 目的

回復期では病棟でもリハビリテーションにおいても、入院時より退院に向けてマネジメントをしていく。退院後の生活で患者・家族が困らないよう、身体機能・能力改善のためのリハビリテーションだけではなく、家族への介護指導や外泊練習、家屋訪問などを実施す

る。想像しうる想定を繰り返し試行し、1つ1つ不安を潰していくように医療チームで関っていく。しかし、患者が退院すると多くの場合、関係は途切れてしまう。退院後の生活が想定通り送れているのか、数ヶ月後・数年後に身体能力は維持もしくは改善しているのか、同居家族は介護で疲労していないか等を知るシステムはない。そして、脳卒中の再発や、転倒による骨折で再入院してきた際に、直近の生活状況が前回退院時よりも低くなっていると知ることもしばしばある。

回復期病棟でのリハビリテーションの成果は、在宅生活で発揮されてこそ評価されると考えるが、先ほども述べたようにそれを知る術はない。そこで、回復期病棟における研究報告から現状について調査し、対策を考察することを目的とした。

## 3. 方法

厚生労働省や、回復期リハビリテーション病棟連絡協会の報告書やデータ、また、医学文献検索システム（Medical online）を用いて、『脳卒中・リハビリテーション・回復期・シームレス』に関係する論文等から文献調査を行った。

## 4. 結果

各回復期病棟における研究報告は、診療報酬改定の内容の影響を受けた報告が多かった。

ADLの向上という回復期病棟の目的に対しては、入院時から退院までのADLの推移や変化率についての報告が多い。永井ら<sup>1)</sup>は、入院時のFunctional in-

回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し①

回復期リハビリテーション病棟入院料1の見直し①

▶ 専従医師及び専従社会福祉士を配置した場合の評価を新設する。

回復期リハビリテーション病棟入院料1  
(新) 体制強化加算 200点(1日につき)

【施設基準】

① 当該病棟に専従の常勤医師1名以上及び専従の常勤社会福祉士1名以上が配置されていること。

② 医師については、以下のいずれも満たすこと。  
ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。  
イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。

③ 研修は、医療関係団体等が開催する回復期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む数日程度の研修(14時間程度で、修了証が交付されるもの)であり、次の内容を含むものである。なお研修要件については、平成27年4月1日より適用する。

ア 回復期リハビリテーションの総論  
イ 脳血管リハビリテーション  
ウ 運動器リハビリテーション  
エ 回復期リハビリテーションに必要な評価  
オ 高次脳機能障害  
カ 摂食嚥下、口腔ケア  
キ 地域包括ケア

④ 社会福祉士については、退院調整に関する3年以上の経験を有する者であること。

回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し②

回復期リハビリテーション病棟入院料1の見直し②

▶ 休日リハビリテーション提供体制加算を算定要件として包括して評価する。

現行	改定後
1,911点	2,025点

【施設基準】

休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。

【経過措置】

平成26年3月31日に回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟であって、休日リハビリテーション提供体制加算の届出を行っていない医療機関については、平成26年9月30日までの間は上記の基準を満たしているものとする。

▶ 重症度・看護必要度の項目等の見直しを行う。

現行	改定後
当該病棟の患者全体に占める看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者の割合が1割5分以上であること。	当該病棟の患者全体に占める一般療養用の重症度・医療・看護必要度A項目の得点が1点以上の患者の割合が1割以上であること。

【経過措置】

平成26年3月31日に回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟については、平成26年9月30日までの間は上記の基準を満たしているものとする。

回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し③

回復期リハビリテーション病棟入院料全体の見直し

▶ 患者の自宅等を訪問し、退院後の住環境等を評価した上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合の評価を新設する。

リハビリテーション総合計画評価料  
(新) 入院時訪問指導加算 150点(入院中1回)

【算定要件】

① 当該病棟への入院前7日以内又は入院後7日以内の訪問に限る。

② 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に対して、医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の少なくとも1名以上が、必要に応じて社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士等と協力して、退院後生活する自宅等を訪問し、住環境等の情報収集及び評価を行った上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合に算定する。

図2 H26年度診療報酬改定の概要  
(出典：厚生労働省、平成26年度診療報酬改定の概要)

dependence measure 運動項目(以下、FIMM)別に退院までのFIMMの推移を報告している。宮原は<sup>2)</sup>、重症脳血管患者において「更衣下衣FIM利得(入院時と退院時FIMの差)」、「移動FIM利得」の改善が、

FIMの改善に大きく影響した項目であると報告している。尾崎ら<sup>3)</sup>は、入院時FIM排尿1点から退院時に7点まで改善して自立したものは、そうでないものと比べて、若年、脳出血、左半球病変で失語症を伴う割



合が有意に高かったとしている。また FIMM の改善には FIM 認知項目（以下、FIMC）の中でも「社会的交流」、「問題解決」、「記憶」の改善がともなっており、非言語的な状況判断が可能になることが FIMM 改善につながったと報告している。また、FIM の改善とリハビリテーション実施量の関係では、奥山ら<sup>4)</sup>が回復期病棟在棟期間中のリハビリテーション単位数は入退棟時の FIMM と負の相関があり、FIMM 利得とは正の相関を示したと報告している。川原ら<sup>5)</sup>は、入棟時 FIMM 別に調査したところ、低得点層と高得点層ではリハビリテーション実施量の違いにより FIMM 利得や自宅復帰率に差は認めず、中得点層でのみ有意差がみられたと報告している。

次に報告が多いのは、在宅復帰するための条件についてである。在宅復帰に関する研究は大きく「患者自身」の要因と「家族・介護者など受入れ側」に関する内容に分かれる。

患者自身の要因としては、患者の ADL 能力別に検討した研究報告が多い。西尾ら<sup>6)</sup>は、在宅復帰群は、施設・転院群に比べて、入院時・退院時 FIM、FIM 利得、FIM 利得を在院日数で除した FIM 効率が在宅群で有意に高かった報告している。杉浦ら<sup>7)</sup>は、85 歳以上の超高齢脳卒中患者において、転院先別に自宅群と施設群にわけて調査したところ、在院日数、家屋環境、同居家族、配偶者の有無に有意差はなかったが、自宅群では有意に年齢が低く、退院時移動手段が車椅子のものは少なかったと報告している。また、ロジスティック回帰分析の結果、「退院時 FIMM」が超高齢脳卒中患者の自宅退院に影響する因子として抽出され、FIMM39 点がカットオフ値と示唆された。その他、自宅退院に影響を与える因子として前田ら<sup>8)</sup>は退院時 FIM のうち「トイレ動作」、「トイレ移乗」、「階段」、「記憶」、「移動様式」、岡本ら<sup>9)</sup>は、退院時 FIM のうち「トイレ移乗」、「更衣下」、浅川ら<sup>10)</sup>は、「退院前外泊の有無」、「移動様式」、「FIM」、金山ら<sup>11)</sup>は、「認知症」、「退院時移動能力」が抽出されたと報告している。

在宅生活を支える家族・介護者に関する報告について植松ら<sup>12)</sup>は、「トイレ移乗が要介助」かつ「家族構成人数が 2 人以下」の場合、自宅退院が困難と報告している。山内ら<sup>13)</sup>は退院時 Barthel Index（以下、BI）75 点が転帰の分岐点となり、80 点以上では在宅復帰がほぼ確実であるとした一方、BI 75 点未満でも在宅復帰した症例が少なからずいたことから、在宅復帰するには、家庭の事情や地域の支援体制が大変重要な要因と述べている。高橋ら<sup>14)</sup>は、自宅復帰群と非自宅復帰群において、退院時 FIM 以外に介護者数、家族介護力スコアを比較している。家族介護力スコアとは、患者

の生活に関わる家族全員について年齢、身体機能、認知機能、支援可能頻度の 4 項目で評価したものである。結果、退院時 FIM 単独よりも、退院時 FIM と家族介護力スコアの方が退院先判別能として高いと報告した。

脳卒中患者を対象に回復期病棟退院後も追跡調査したものは以下の 2 件である。西尾ら<sup>15)</sup>は、在宅復帰 6 ヶ月後の 75 歳以上の脳卒中患者において、退院後の BI に対する重回帰分析を行ったところ、入院中にセラピストから患者・家族へ指導を行った「家族参加型の自主訓練を継続しているか」を問う項目と「在院日数」が抽出された。川上ら<sup>16)</sup>、回復期病棟退院 6 ヶ月後の追跡調査にて、退院時の最大歩行速度が時速 2.5 km 以下と、下肢装具使用者では 6 ヶ月以内の転倒が予測されることを示唆した。

## 5. 考察

回復期病棟は「ADL 向上・寝たきり防止・在宅復帰」が目的であることから、これらをアウトカムとする研究報告が多かった。施設により結果は多少異なるが、これは対象患者層の違い、病棟運営の違いも影響していると思われる。

入院中の ADL の推移に関しては、入院時の ADL が高ければ退院時の ADL 能力も比較的高い結果であることが期待できるといえる。また、改善の伸びしろで言えば、入院時の中得点層に十分なりハビリテーションが行われれば、改善率が高いことが示唆された。一方、入院時の FIMM が低いと改善が期待できないが、入院時の FIMC の低下により本来の身体能力が低く評価されてしまうことから、FIMC の改善に伴い FIMM に改善が見られることが示唆されていた。ADL 評価としては FIM や BI が一般的であり広く使用されているが、高得点者・低得点者における小さい変化を感知できない面がある。それらの層の患者を鋭敏に感知できる評価法を用いる必要がある。

在宅復帰に関しては、自立しているほど自宅退院しやすくなるが、介助が残存している場合には患者側の要因だけではなく、受け入れ側である家屋環境や家族の介護力などとの兼ね合いが大変重要になってくる。例えば、車椅子での移動やトイレ動作が自立していても、自宅がエレベーターのない 2 階であったり段差が多い場合や、歩行や階段昇降に身体介助は必要ないが、注意障害や記憶障害といった高次脳機能障害のために常時監視が外せない場合に、家族による介護が必要となる。しかし、これでは家族が仕事を継続できなくなり、短時間の買い物にも出られず、介護負担感の増大

などの問題が出てくる。こうした場合には、介護保険サービスなどが適応となる。その際、患者の家屋環境や身体能力、家族の介護力を把握している回復期のセラピストが、退院後のサービス選定に積極的に参加するべきであると考え。サービスの決定は、患者・家族の意見も聞きながら、最終的には介護保険利用者であれば主にケアプランを作成するケアマネージャーが担うことになるが、回復期病棟のセラピストが今までの経過や現状から機能・能力維持のために必要と提言したことが、ケアプランに反映されていないこともある。更には、退院後に実環境下だからこそ能力拡大していけるケースにおいても、退院時の能力のまま何ヶ月、何年と経過していることもある。これは、ケアマネ事業所で従事しているケアマネージャーの保有資格からみると、介護福祉士が圧倒的に多く、次いで看護師・准看護師となっている<sup>り</sup>ことから、長期的な身体機能・能力を考慮する視点が欠けやすいことが問題であると考え。不要な能力低下を引き起こさないよう適切なサービス調整をするためにも、退院後のことは在宅スタッフにお任せという姿勢ではなく、回復期病棟のセラピストは退院後のサービス選定に積極的かつ具体的な目標をもって参与したほうが良いと考える。

最後に、回復期病棟から継続して生活期の追跡調査を行っている研究は非常に少なかった。対象疾患を脳卒中患者以外にもひろげれば多少増えるものの、他のカテゴリーに比べると落差があった。回復期・生活期におけるそれぞれの研究は多数あるが、同一患者を追跡したものが少ない原因は、まず保険分野が異なること、リハビリテーションサービスを継続して利用するとしても提供施設が異なることが大きいと考える。この違いこそが、回復期から生活期までの追跡調査を難しくしているのだと考える。

脳卒中地域連携パスというツールで急性期・回復期・生活期と一環して情報共有することが全国で増えているが課題も多く、利用状況は地域格差もある。中でも、急性期から回復期への医療連携は進んでいるが、回復期から生活期への連携は進みが遅い。しかし、急性期から回復期への引継ぎよりも、回復期から生活期への引継ぎの方が、より慎重にならなければいけないのではないかと考える。なぜなら、一般に急性期から回復期へ転棟・転院した際は、各病棟の特徴からリハビリテーションの量が増え、積極的なリハビリテーションが行われるからである。また、大きく身体機能や能力等が改善しやすい時期でもあることから、急性期での経過や現在のリスク管理が最低限伝われば、回復期では日々変化を評価しながらリハビリテーションが行われていくことになる。一方、回復期から生活期

ではリハビリテーションの量は大きく減少する。そして、身体機能・能力の改善も回復期転入時に比べると大きくはない。在宅復帰時の最初の目標は、回復期で再獲得した能力を自宅でも発揮できるようにすることであろう。しかし、脳卒中患者では住みなれた自宅であっても、それまで入院していた環境との小さな差異で身体能力の発揮が難しくなる。一般に、退院後の生活は活動量が減るため身体能力も低下しやすい<sup>8-1)</sup>。よって、在宅におけるADLの自立性を向上・安定させるため、退院後1～3ヶ月の早期に各リハビリサービスを上手に利用することがポイントとされている。

H18年には、退院後3ヶ月以内は短期集中リハビリ加算が介護保険で認められ、これにより在宅復帰をスムーズにしようという体制ができている。集中的にとは、退院3ヶ月以内に、1週間に2回以上実施するとともに1日40分以上行うことである。この期間に、回復期病棟で担当していたセラピストが訪問リハビリとしてリハビリテーション提供できる仕組みがあると、短期に回復期病棟での成果を自宅で定着させるという観点で効率的であると考え。従来であれば、退院を機に回復期病棟から訪問リハ事業所等へ全てを引継ぐところを、患者の経過や今後の長期的な予後予測、家屋環境、生活背景を熟知している回復期セラピストが関わることができれば、退院直後より質の高いリハビリテーションを提供できる。そして、回復期病棟入院中より取り組んでいた在宅生活の想定と、違いがあれば迅速に察知し、何がどのように想定外であったかがわかるので適切な対応をとることができる。これが、従来のように退院直後より生活期のセラピストが介入するとなると、回復期からの引継ぎがあったとしても書面のみで詳細は把握しにくいと、問診等の評価の割合が多い介入開始となる。そして、医療保険と介護保険では制度も大きく異なり、介入機会や時間が少ない中では、患者・家族との関係性作りもすぐにはできないため、環境設定など何か変更しようとした際には、思うようにすすめられないこともある。こうしている間に徐々に活動量や身体能力低下が起こることも否定できない。従って、1回1回の介入の重みがあり、かつ、それが大きく患者・家族の生活を左右するこの時期のリハビリテーション介入は、回復期のセラピストによる介入が、質の高い・連続性のあるリハビリテーション提供に大きく貢献すると考える。

このように、退院を境に回復期から生活期に全てを引き渡すのではなく、回復期のセラピストも生活期の最初に関わりを持ち、在宅生活が安定して自宅でも定常的に能力を発揮できるよう目処が立ってから生活期のサービスへ移行していくと、回復期病棟から落差な

くシームレスな在宅への移行が可能になるのではないだろうか。そして、このように回復期セラピストが退院後の生活を把握することができれば、追跡研究も増え、結果的に回復期リハビリテーションの質の向上にもつながると考える。

## 6. 結語

脳卒中患者における回復期病棟から生活期への移行について、文献調査を行った。回復期・生活期それぞれの研究は多数あるものの、縦断的な研究は少なかった。回復期病棟退院を境に、保険やシステムが大きく変わることが原因と考える。しかし、現状の診療報酬・介護保険制度下においても、よりよい連携を図り、サービスの向上を図ることは可能であると考えられる。

今回は、生活期への移行として介護保険サービス利用者を前提としていたが、若年で介護保険制度を利用できない世代や、退院時の能力が高くサービス利用予定のない患者について、退院後の研究報告はなく触れることはできなかった。今後も、幅広い患者層における回復期・生活期、そして縦断的な研究が必要である。

## 引用文献

- 1) 永井将太, 他. 回復期脳卒中片麻痺患者における入院時重症度別の FIM 運動細項目の経過解析. 理学療法科学 25(1)1-6, 2010.
- 2) 宮原拓也, 他. 回復期リハビリテーション病棟における重症脳血管患者の ADL 改善項目の検討. 理学療法科学 28(2) : 165-169, 2013.
- 3) 尾崎幸恵, 他. 脳卒中患者における FIM 排尿項目が 1 点から 7 点へ改善した症例の検討. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION. Vol.21, No.12, 2001.2.12.
- 4) 奥山夕子, 他. 脳卒中患者に対する FIT(Full-time integrated treatment) プログラムの現状分析—2005 年度での検討—. 理学療法科学 25(2) : 275-280, 2010.
- 5) 川原由紀奈, 他. 6 単位から 9 単位へ一日あたりの介入時間増加が脳卒中患者の FIM 帰結に与える効果. 理学療法科学 26(2) : 297-302, 2011.
- 6) 西尾大祐, 他. 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の早期在宅復帰を促進するための課題と対策. 理学療法科学 27(3) : 297-301, 2012.
- 7) 杉浦徹, 他. 超高齢脳卒中患者 (85 歳以上) の自宅退院に必要な ADL 条件の検討. 理学療法科学 28(5) : 623-626, 2013.
- 8) 前田悠太郎, 他. 回復期リハビリテーション病棟における自宅復帰に影響を与える因子—FIM を用いた検討—. 名古屋学院大学論集, 医学・健康

- 科学・スポーツ科学篇. 第 2 巻, 第 1 号 1-8, 2013.
- 9) 岡本伸弘, 他. 回復期リハビリテーション病院における FIM を用いた自宅復帰因子の検討. 理学療法科学 27(2) : 103-107, 2012.
- 10) 浅川育世, 他. 回復期リハビリテーション病棟に入院した脳血管障害者の転帰に影響をおよぼす因子の検討—FIM 総得点 90 点以下の症例を対象に一. 理学療法科学 23(4) : 545-550, 2008.
- 11) 金山剛, 他. 回復期リハビリテーション病棟における在宅復帰患者の特徴. 理学療法科学 23(5) : 609-613, 2008.
- 12) 植松海雲, 他. 高齢脳卒中患者が自宅退院するための条件—Classification and regression trees (CART) による解析—. リハビリテーション医学 2002 ; 39 : 396-402.
- 13) 山内洋子, 他. 脳卒中後遺症患者の退院時 Barthel Index と家庭復帰との関係. CLINICAL OF REHABILITATION. Vol.11 No.8, 2002.8.
- 14) 高橋友哉, 他. 脳卒中患者退院先予測における「家族介護力スコア」の有用性. JOURNAL CLINICAL REHABILITATION. Vol.19 No.7, 2010.7.
- 15) 西尾大祐, 他. 回復期リハビリテーション病棟から在宅復帰した高齢脳卒中患者の日常生活活動に影響を及ぼす因子. 理学療法科学 29(5) : 725-730, 2014.
- 16) 川上健司, 他. 脳卒中患者の回復期リハビリテーション病棟退院後の転帰予測要因に関する研究—自宅内自立歩行可能な在宅脳卒中患者を対象として—. 理学療法科学. 第 39 巻第 2 号 : 73-81, 2012.

## 参考文献・資料

- a) 厚生労働省. 平成 18 年身体障害児・者実態調査結果  
[http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/shintai/06/dl/01\\_0001.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/shintai/06/dl/01_0001.pdf) 2015.2.3 取得
- b) 厚生労働省. 平成 22 年国民生活基礎調査の概況  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/4-2.html> 2015.2.3 取得
- c) 厚生労働省. 平成 25 年人口動態統計の概況  
[http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei13/dl/10\\_h6.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei13/dl/10_h6.pdf) 2015.2.3. 取得
- d) 一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会平成 26 年 2 月. 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書.
- e) 厚生労働省. 平成 26 年度診療報酬改定の概要  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039891.pdf> 2014.10.12 取得
- f) 居宅介護支援・介護予防支援の基準・報酬について  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001tonu-att/2r9852000001tp3g.pdf> 2015.3.1 取得
- g) 細井俊希, 他. 回復期リハビリテーション病棟入院患者の活動量の変化—退院前後 1 ヶ月での活動

- 量の比較一. 理学療法科学 26(1)：111-115, 2011.
- h) 浜岡克伺, 他. 在宅脳卒中患者の生活範囲は日常生活活動能力の変化に影響する. 理学療法科学 27(4)：465-468, 2012.
- i) 宮原洋八, 他. 脳卒中片麻痺患者の運動能力と日常生活活動に及ぼす運動継続の影響. 理学療法科学 21(4)：417-420, 2006.



Achievement a seamless transition to return home  
from a convalescent rehabilitation ward in a stroke patients  
— The role of physical therapists —

Shiho NAMBA

(Hokkaido University of Sciences, Faculty of Health Sciences, Department of Physical Therapy)

Nobuya HASHIMOTO

(Fuji Women's University, Faculty of Human Life Sciences, Department of Human Life Studies)